

**Aussagewert und Hintergründe
der Diagnosen
auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
aus einer Allgemeinpraxis**

Ludwig Bscheider

1979

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

AUSSAGEWERT UND HINTERGRÜNDE DER DIAGNOSEN
AUF ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN
AUS EINER ALLGEMEINPRAXIS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ludwig B s c h e i d e r
aus Ecknach

München 1977

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität München

Berichterstatter: Priv.Doz. Dr. H. Pillau

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Oktober 1979



Inhaltsverzeichnis

I	EINLEITUNG
II	LITERATURÜBERBLICK
III	BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN
IV	STRUKTUR DER UNTERSUCHTEN PRAXIS
V	METHODIK DER UNTERSUCHUNG
VI	DARLEGUNG DER EIGENEN UNTERSUCHUNGEN
VII	DISKUSSION
VIII	ZUSAMMENFASSUNG
IX	LEBENS LAUF

I EINLEITUNG

Für den Arbeitnehmer ist es fast eine Selbstverständlichkeit, daß er sich von einem Arzt "arbeitsunfähig schreiben" läßt, wenn er sich krank fühlt und seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann. In den meisten Fällen (etwa 80 % nach v. FERBER (2) sucht er zuerst seinen Hausarzt auf, der ihm eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) ausstellt und ihn von der Ausübung seiner Tätigkeit entbindet.

Der Außenstehende sieht dabei keine großen Schwierigkeiten: Für ihn ist die Krankschreibung ein "banales Problem" (HÄUSSLER, 3). Der Arzt aber ist verpflichtet, seine Entscheidung mit einer Diagnose und einem Befund zu begründen.

Auf Anregung von Dr. Pillau habe ich versucht, in einer Allgemeinpraxis die Diagnosen der AU-Bescheinigungen während des IV. Quartals 1976 nach verschiedenen Gesichtspunkten zu untersuchen. 63 - 64 % der AU-Bescheinigungen (Statistik der AOK München, 1; Tabellen 1 und 2) werden nämlich von praktischen Ärzten und Allgemeinärzten ausgestellt.

TABELLE 1 : Prozentuale Häufigkeiten der AU-Bescheinigungen während der Jahre 1973 - 1975; ausgestellt von praktischen Ärzten und übrigen Fachärzten (Statistik der AOK München 1973 - 1975)

Fachgebiet	%	Jahrgang
praktische Ärzte und Allgemeinärzte	64,6	1973
	64,0	1974
	62,9	1975
Übrige	35,4	1973
(Innere Medizin, Augenheilkunde,	36,0	1974
Chirurgie, Frauenheilkunde, HNO,	37,1	1975
Orthopädie, Neurologie, Urologie,		
Dermatologie, Lungenheilkunde)		

TABELLE 2 : Zahl der AU-Bescheinigungen (AOK München 1973 - 1975), ausgestellt von den Ärzten der einzelnen Fachgebiete

Fachgebiet	Zahl der AU-Bescheinigungen		
	1973	1974	1975
praktische Ärzte und Allgemeinärzte	189 942	157 026	139 300
Innere Medizin	37 330	31 450	28 894
Augenheilkunde	26 748	20 603	18 440
Chirurgie	17 741	16 277	15 466
Frauenheilkunde	6 542	6 454	6 431
Orthopädie	6 479	6 559	6 263
HNO	4 880	4 325	3 967
Neurologie	1 867	1 661	1 535
Dermatologie	1 458	1 344	1 232
Lungenheilkunde	596	429	648
Urologie	474	562	600
gesamt	294 077	246 910	222 771

II LITERATURÜBERBLICK

In der reichhaltigen Literatur zum Thema Krankenstand wird die Problematik der Diagnose oft aufgegriffen und behandelt.

V. FERBER (2) widerlegt in einer Analyse die weitverbreitete Meinung, daß auf AU-Bescheinigungen vorwiegend "Schein-" oder "Tarn-"Diagnosen stünden. Er schließt aber nicht aus, daß dieses Ergebnis durch die Selbstauslese des Patientengutes bewirkt wird. Nur etwa 50 % der Patienten leisteten der Vorladung zur vertrauensärztlichen Untersuchung Folge. Nach Auskunft eines zuständigen Angestellten der AOK München können auch aus technischen Gründen (Vorladung über den Postweg) nur Patienten vom Vertrauensarzt untersucht werden, die länger als 14 Tage arbeitsunfähig sind.

Auf die medizinische Problematik der "Krankschreibung" weist HÄUSSLER (3) hin:

"Der Zwang zur Diagnose auf der AU-Bescheinigung beinhaltet das Risiko, die Vielfalt der möglichen Ursachen auf eine einzige, möglichst naturwissenschaftlich akzeptable reduzieren zu wollen... Und schließlich bedrückt uns schon lange die Unmöglichkeit, eine Krankschreibung schrittweise der Rehabilitation anzupassen, also dem Versicherten eine stufenweise Eingliederung in den Arbeitsprozeß zu ermöglichen."

BRANDLMEIER (9) sieht in den "Spannungen zwischen Individuum und Umwelt" gerade in den industrialisierten Staaten eine Ursache für die Beschwerden des Patienten. "In den Statistiken erscheint aber der Begriff psychosoziale Störung nicht, weil der Arzt in der Regel die Auswirkungen sozialer Störungen mit den Termini aus der ärztlichen Symptomatik etikettiert."

SOPP (4) weist in "Die Krankschreibung als therapeutische Maßnahme" auf den Spielraum bei der Diagnosestellung hin.

"Am Beispiel der Krankschreibung zeigt sich deutlich, daß sich die ärztliche Arbeit in einem Ermessensspielraum bewegt, der von einem Computer nicht begriffen werden könnte. Auch wenn es möglich wäre, dem "Elektronengehirn" alle objektiven Daten des Patienten einzugeben, dazu die Spezifitäten einer Arbeitsplatzbeschreibung, wäre in allen Zweifelsfällen - und das sind 4/5 aller Krankheitsfälle - allein die Beurteilung durch den behandelnden Arzt entscheidend. Er beurteilt mit die psychosozialen Probleme des Krankheitsfalles." Über diese entscheidenden Kenntnisse verfügt der Allgemeinarzt, der meist auch Hausarzt ist. Er kennt den Patienten aus gesunden Tagen, im Beruf und seiner sonstigen Umwelt.

"Der Allgemeinarzt wird also als erster Beziehungen zwischen Beschwerden und Erkrankungen und der sozialen Umwelt des Patienten vermuten und feststellen können" (PILLAU, 5).

Doch ist der Allgemeinarzt in seiner Handlungsweise an Richtlinien gebunden, die ihn in seiner Begründung für die Arbeitsunfähigkeit einengen können.

Im Einzelfall ergeben sich für ihn folgende Probleme:

Wünscht der Arbeitnehmer eine AU-Bescheinigung, damit er zu Hause bleiben und private Dinge erledigen kann?

Wie verhält sich der Arzt, wenn beim Ausstellen einer AU-Bescheinigung noch keine Diagnose gestellt werden kann?

Wann veranlassen die Krankenkassen eine Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertrauensarzt?

Können psychosoziale Ursachen einer Krankheit beim Ausstellen einer AU-Bescheinigung berücksichtigt werden?

Diese Fragen versuchte ich in meiner Arbeit an Hand von Beispielen zu beantworten.

III BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN

1. Arbeitsunfähigkeit (AU)

Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts liegt AU im Sinne des § 182 RVO (Rechtsversicherungsordnung) vor,

- a) wenn der Arbeitnehmer infolge einer Erkrankung sofort und gegenwärtig nicht in der Lage ist, seiner vertragsmäßigen Arbeit nachzugehen, oder
- b) wenn der Arbeitnehmer nur unter der Gefahr, in absehbarer Zeit seinen Zustand zu verschlimmern, in der Lage ist, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen.
- c) AU kann auch vorliegen, wenn der Arbeitnehmer aus einer Heilstätte oder einem Krankenhaus entlassen wird, ihm aber Schonung im Sinne der Enthaltung von der Arbeit ärztlich verordnet wurde, weil ein Rückfall zu befürchten ist.

2. Krankheit

im Sinne des § 182 RVO ist nach ständiger Rechtsprechung ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und zugleich oder ausschließlich AU zur Folge hat. Die Begriffe "teilweise" oder "völlige" AU kennt die RVO nicht.

Ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 10.9.1971 erläutert den Krankheitsbegriff:

"Arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung ist ein Versicherter, der nach seinem Gesundheitszustand nicht, oder nur mit der Gefahr, in absehbarer Zeit seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit oder einer ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen; die Gefahr einer Verschlimmerung in diesem Sinne ist grundsätzlich nur dann anzunehmen, wenn die weitere Erwerbstätigkeit voraussichtlich innerhalb weniger Monate zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes führen würde."

3. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU)

§ 12 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages (Ärzte) lautet:

"(3) Die AU soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der AU auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

4. AU-Bescheinigung ab 1.1.1970

In § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO ist die Verpflichtung für den Arzt verankert, eine AU-Bescheinigung auszustellen.

In § 12 Abs. 1 BMV-Ärzte wird dazu herausgestellt, daß die Beurteilung der AU des Versicherten eine besondere Sorgfalt erfordert. Eine AU-Bescheinigung ist nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung und unter sorgfältiger Abwägung aller Umstände auszustellen.

Formular

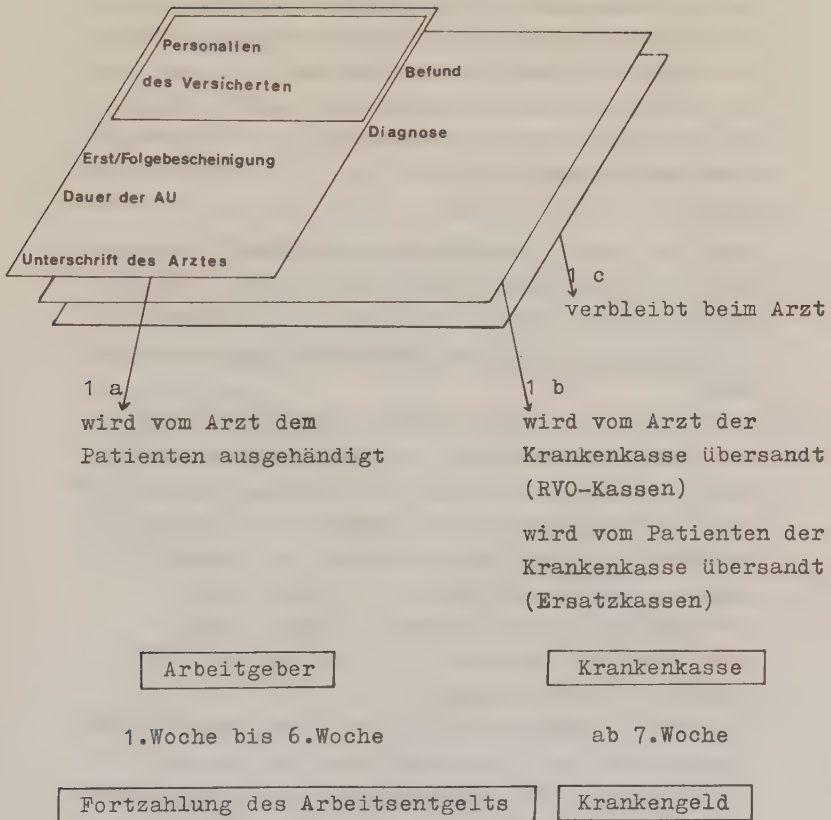
Für die Versicherten der RVO- und Ersatzkassen ist das mit diesen Kassen vereinbarte Muster 1 a bis c zu verwenden.

1 a = für den Arbeitgeber

1 b = für die Krankenkasse

1 c = für den Arzt (12 Monate aufzubewahren).

Ein Ende der AU braucht nicht bescheinigt zu werden.



5. Diagnose und Befund

a) Diagnose:

Mit der Diagnose begründet der Allgemeinarzt die Arbeitsunfähigkeit. Er hat dabei nicht nur die Schwierigkeit, beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt eine Diagnose stellen zu müssen, er muß auch die Interessen des Patienten und "das Wohl des Einzelnen gegen die Ansprüche der Gesellschaft abwägen" (PILLAU, 6).

b) Befund:

Nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) sind auf der AU-Bescheinigung außer der Diagnose auch Angaben über den Befund zu machen, insbesondere im Hinblick auf die vertrauensärztliche Begutachtung.

Dazu haben die Sozialpartner (Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände und Bundesvorstand des DGB) in einer Empfehlungsvereinbarung festgestellt: "Eine vertrauensärztliche Begutachtung erscheint aufgrund der 1. AU-Bescheinigung des behandelnden Arztes in der Regel nicht angezeigt; das gilt insbesondere, wenn die nach § 3 LFZG oder sonstigen Bestimmungen der Krankenkasse vorzulegende AU-Bescheinigung

- 1) eine eindeutige bzw. problemlose Diagnose sowie einen klaren Befundbericht enthält und die verordnete Dauer der AU nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft mit diesen Angaben in Einklang steht,
- 2) eine Diagnose zwar noch nicht möglich oder ungesichert ist, sich jedoch aus dem vorläufigen Befundbericht ergibt, daß weitere diagnostische Maßnahmen eingeleitet sind und die vorläufige zeitliche Begrenzung der AU dem entspricht, also auf wenige Tage begrenzt ist.

IV STRUKTUR DER UNTERSUCHTEN PRAXIS

Die Praxis liegt im Zentrum einer Großstadt im süddeutschen Raum und hat im Durchschnitt 800 - 900 kassenärztliche Patienten (RVO- und Ersatzkassen). Sie wird geführt von einer praktischen Ärztin, die vorwiegend internistische Fälle behandelt. Während einer Woche werden ungefähr sechs bis neun Hausbesuche durchgeführt. Als Hilfskraft in der Praxis steht eine erfahrene medizinisch-technische Assistentin zur Verfügung.

Folgende Räume sind vorhanden:

1 Sprechzimmer, 1 Wartezimmer, 1 Labor, 1 Anmelde- und Behandlungsraum, 2 Toiletten.

Für die Diagnostik stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Apparative Diagnostik

1. 1 Lange Photometer LP 3

1 Mikroskop

Folgende Laborwerte werden bestimmt:

- a) Blut: BKS, Erythrozyten, Hämoglobin, Häoglobingehalt der Erythrozyten (Hb_E), Leukozyten, Differenzierung der Leukozyten, Blutzucker
- b) Serum: Harnstoff N, Harnsäure, Bilirubin, Gesamtlipide, Cholesterin, Triglyceride
- c) Fermente: Transaminasen (SGOT, SGPT, γ -GT), alkalische Phosphatasen
- d) Urin: pH, Eiweiß, Harnzucker, Urobilin (durch Teststreifen), Harnsediment

Das Labor arbeitet mit interner und externer Qualitätskontrolle.

2. Zytologische Abstriche werden nicht untersucht.

Apparative Therapie

Wärmebehandlung (Kurzwellen)

In unmittelbarer Nähe der Praxis sind in einem Haus Ärzte folgender Fachgebiete untergebracht:

- HNO
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Orthopädie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Neurologie und Psychiatrie
- praktische Ärztin (Naturheilverfahren)
- praktischer Arzt (mit EKG und Labordiagnostik)

Darüber hinaus sind in dieser Großstadt alle Möglichkeiten der fachärztlichen Diagnostik und Weiterbehandlung gegeben.

V METHODIK DER UNTERSUCHUNG

Für die Beantwortung der Fragen, die ich im letzten Abschnitt dargelegt habe, standen mir die Formulare 1 c (verbleiben beim Arzt) der AU-Bescheinigungen aller RVO- und Ersatzkassenpatienten und die Krankenkartei der Praxis zur Verfügung.

Nach jeweils ein bis zwei Wochen übertrag ich die Daten von den AU-Bescheinigungen in eine Tabelle und versuchte mit Hilfe von Eintragungen in der Krankenkartei und Gesprächen mit der behandelnden Ärztin die Krankengeschichte und die Hintergründe der Diagnosestellung zu untersuchen. Dabei erwies es sich als günstig, nach vier bis sechs Wochen die Fälle mit der Ärztin zu besprechen, da sie alle Patienten persönlich kennt. Am Ende des Quartals untersuchte ich die AU-Bescheinigungen nochmals näher, die für die Fragestellung von Bedeutung waren. Die Ärztin konnte dann feststellen, ob sich seit ihrer ersten Behandlung die Beurteilung des Krankheitsbildes geändert hatte.

Danach begann ich mit den Untersuchungen der AU-Bescheinigungen nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Zahl der Patienten
2. Geschlechtsverteilung der Patienten
3. Altersverteilung der Patienten
4. Zahl der Erst- und Folgebescheinigungen
5. Zeitliche Verteilung der AU- Bescheinigungen
6. Dauer der Arbeitsunfähigkeit
7. Beginn und Ende der AU- Bescheinigungen
8. Auf den AU-Bescheinigungen verwendete Diagnosen
9. Häufigkeit der einzelnen Diagnosegruppen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit
10. "Problemdiagnosen"

VI DARLEGUNG DER EIGENEN UNTERSUCHUNGEN

1.1 Zahl der Patienten, die arbeitsunfähig waren

Bei einer Gesamtzahl von 824 Krankenscheinen im Quartal IV/76 erhielten 146 Patienten eine oder mehrere AU-Bescheinigungen. Drei Patienten waren während des Quartals ein zweites Mal arbeitsunfähig.

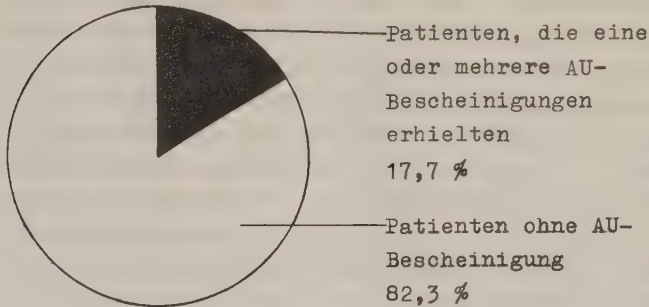


ABBILDUNG 1 : Prozentualer Anteil der Patienten, die eine oder mehrere AU-Bescheinigungen im Quartal IV/76 erhielten

1.2

In den vorausgegangenen Quartalen lag die Zahl der Kassenpatienten in der untersuchten Praxis ebenfalls bei 800 - 900 pro Quartal. Davon waren nach den Statistiken, die die Praxen von den RVO- und Ersatzkassen erhalten, in dieser Praxis jeweils 80 - 90 % Mitglieder und Familienangehörige und 10 - 20 % Rentner.

Die Verteilung im Quartal III/76 zeigt Tabelle 1.

TABELLE 1 : Verteilung von Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern im Quartal III/76

	RVO-Kassen	Ersatzkassen
Mitglieder	57,5 %	62,8 ‰
Familienangehörige	23,8 %	26,2 ‰
Rentner	18,7 %	11,0 ‰
gesamt	100,0 %	100,0 %

Für das Quartal IV/76 ist die Statistik noch nicht erstellt worden. Doch dürfte die Verteilung ähnlich sein. Dies bedeutet, daß in der untersuchten Praxis ungefähr 30 % der Arbeitnehmer, die in die Sprechstunde kommen, eine AU-Bescheinigung erhalten.

2. Geschlechtsverteilung der Patienten

TABELLE 2 : Geschlechtsverteilung der Patienten, die AU-Bescheinigungen erhielten

	Zahl	%
Frauen	86	59
Männer	60	41
gesamt	146	100

3. Altersverteilung der Patienten

TABELLE 3 : Altersverteilung bei Männern und Frauen, die AU-Bescheinigungen erhielten

Altersgruppe	Frauen	Männer
15 - 20	12	9
21 - 30	39	27
31 - 40	15	16
41 - 50	9	2
51 - 62	11	6
gesamt	86	60

4. Zahl der Erst- und Folgebescheinigungen

Von 194 ausgestellten AU-Bescheinigungen waren
144 Erst- und 55 Folgebescheinigungen:

111 Patienten erhielten nur eine Bescheinigung

23 Patienten erhielten eine Erst- und eine
Folgebescheinigung

8 Patienten erhielten eine Erst- und zwei Folge-
bescheinigungen

2 Patienten erhielten eine Erst- und drei Folge-
bescheinigungen

5 Patienten erhielten nur eine Folgebescheinigung
(Die Erstbescheinigung wurde im Quartal III/76
ausgestellt).

5. Zeitliche Verteilung der AU-Bescheinigungen im Quartal IV/76

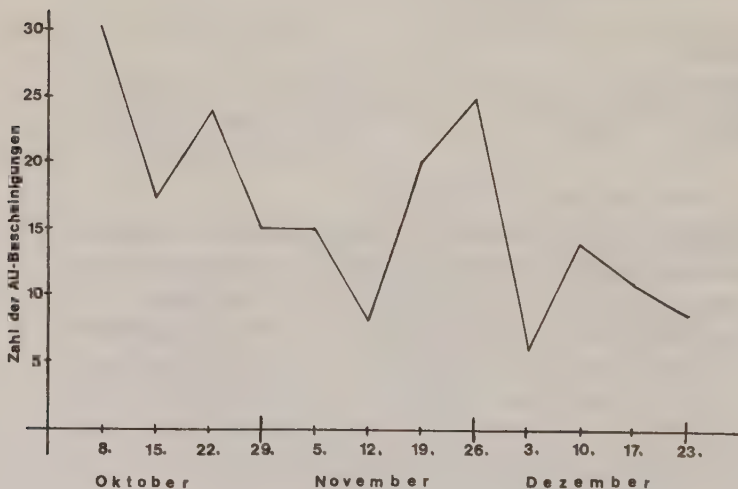


ABBILDUNG 2 : Wöchentliche Verteilung der AU-
Bescheinigungen im Quartal IV/76

Bei der Untersuchung der Verteilung der AU-Bescheinigungen fiel auf, daß am Ende des Oktoberfestes (1. Oktoberwoche) und zu Beginn des naßkalten Winterwetters (4. Novemberwoche) besonders viele AU-Bescheinigungen ausgestellt wurden. Die Ärztin führt das darauf zurück, daß trotz "leichter Beschwerden der Arztbesuch über das Ende des Oktoberfestes hinausgeschoben wird, um den Oktoberfestbesuch mit dem Betrieb nicht zu versäumen".

6. Dauer der Arbeitsunfähigkeit

In den meisten Fällen (131 von 149) dauerte die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als 12 Tage.

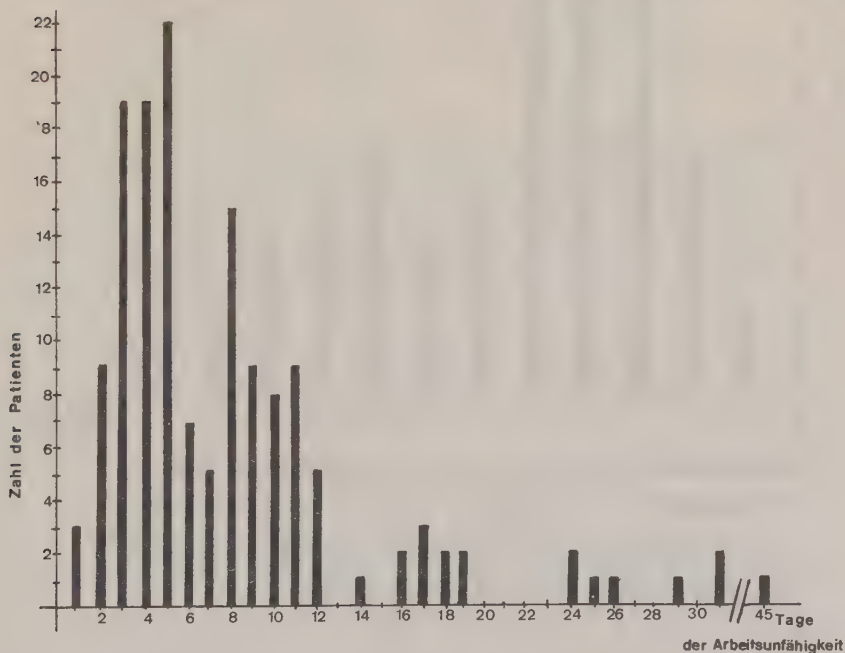


ABBILDUNG 3 : Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Da die AU-Bescheinigungen überwiegend am Wochenanfang (Abbildung 5) ausgestellt wurden und bis zum Ende einer Arbeitswoche (Abbildung 6) gültig waren, sind AU-Bescheinigungen mit einer Dauer von drei bis fünf Tagen bzw. acht bis zwölf Tagen besonders häufig gewesen.

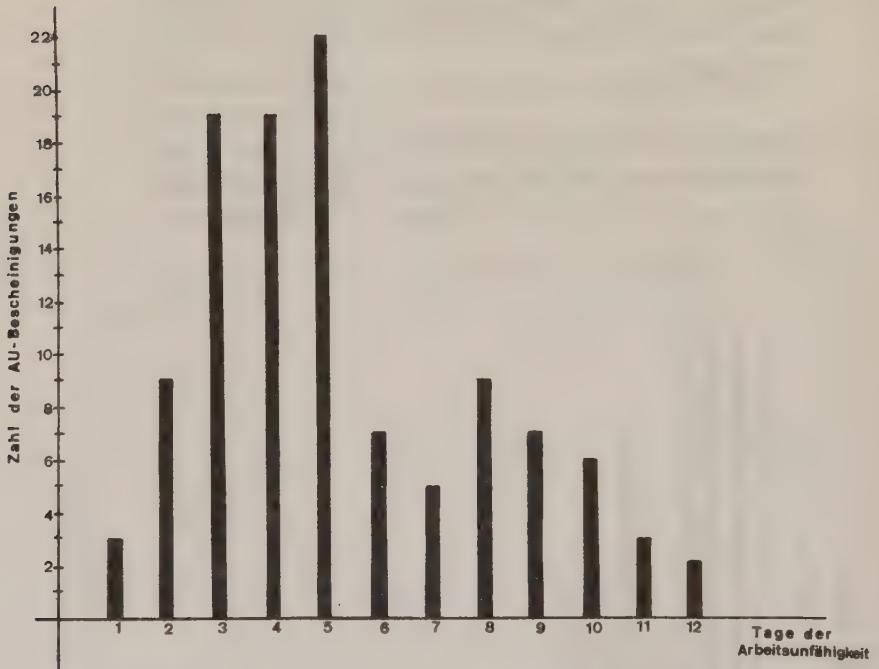


ABBILDUNG 4 : Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Patienten, die nur eine AU-Bescheinigung erhielten
In den meisten Fällen (64,8 %) war die AU-Bescheinigung nur eine Arbeitswoche gültig.

7. Beginn und Ende der AU-Bescheinigungen



ABBILDUNG 5 : Beginn der Gültigkeit der AU-Bescheinigungen bei 149 Patienten (geordnet nach Wochentagen)

In Abbildung 5 konnte nicht berücksichtigt werden, daß der Feiertag am 1. November ein Montag war. Der darauffolgende Dienstag war dann der erste Arbeitstag in der Woche. Zählt man die AU-Bescheinigungen, die an einem Montag ausgestellt wurden, so ergibt sich daraus:

Von 149 Patienten wurden

51 Patienten zu Beginn der Arbeitswoche
"arbeitsunfähig" geschrieben.

Eine der Ursachen dafür war, daß die ersten Symptome der Krankheit meist schon am Ende der vergangenen Woche auftraten. Als die Beschwerden am Wochenende sich nicht besserten, gingen die Patienten dann zum Arzt. Die oft geäußerte Vermutung, sie würden einen "blauen Montag" einlegen, konnte bei den untersuchten Patienten nicht bestätigt werden.

Weiter kann festgestellt werden, daß die Anzahl der ausgestellten AU-Bescheinigungen während der Woche ständig abnimmt.

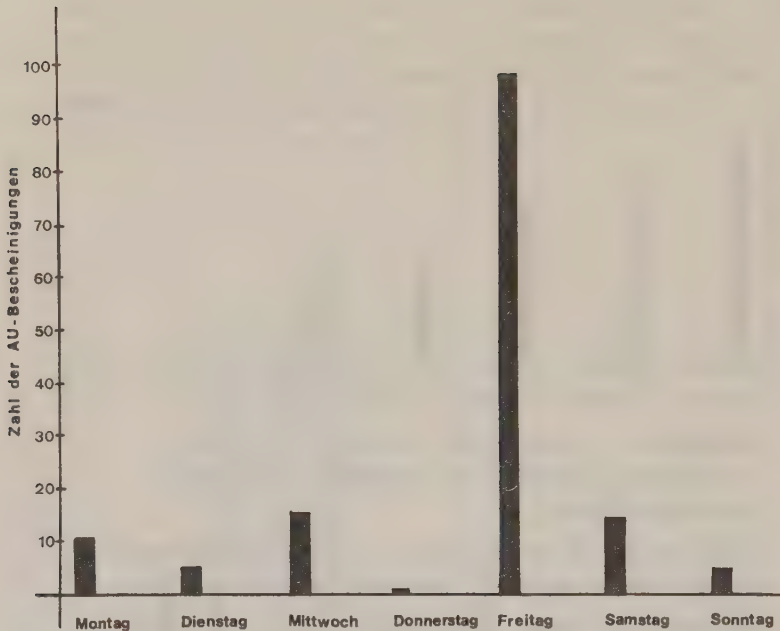


ABBILDUNG 6 : Ende der Gültigkeit der AU-Bescheinigungen bei 149 Patienten (geordnet nach Wochentagen)

Die Gültigkeit der AU-Bescheinigungen endete meist am Wochenende. Die 14 Patienten, die bis zu einem Samstag arbeitsunfähig waren, hätten auch an diesem Tage arbeiten müssen.

Dies bedeutet:

Von 149 Patienten waren

112 Patienten bis zum Ende einer Arbeitswoche arbeitsunfähig.

Diese beiden Ergebnisse (Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit) könnten Ursache für die wellenförmige Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsdauer (Abbildung 4) sein.

Die Ärztin hielt es für richtig, dem Patienten bis zum Wochenende die Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen, damit er sich noch schonen konnte, ohne einen Arbeitstag zu verlieren. Es hat wenig Sinn, wenn der Patient noch einen Tag vor dem Wochenende zur Arbeit geht und einen Rückschlag riskiert.

8. Auf den AU-Bescheinigungen verwendete Diagnosen

Die Arbeitsunfähigkeit eines Patienten wurde meist mit einer Diagnose begründet.

Tabelle 4 zeigt, wie oft mehrere Diagnosen gestellt wurden.

TABELLE 4 : Zahl der AU-Bescheinigungen mit einer oder mehreren Diagnosen

	Zahl der AU-Bescheinigungen
eine Diagnose	169
mehrere Diagnosen	25
gesamt	194

Für die Begründung der Arbeitsunfähigkeit wurden folgende Diagnosen verwendet:

TABELLE 5 : Diagnosegruppen, die auf den AU-Bescheinigungen verwendet wurden

1) grippale Infekte, Erkrankungen der Luftwege

Diagnose	Häufigkeit
grippaler Infekt	64
Virusgrippe	13
Angina tonsillaris	5
Stomatitis aphthosa	1
Sinusitis frontalis	1
spastische Bronchitis	1

2) Magen-Darm-Erkrankungen

Diagnose	Häufigkeit
Gastritis	15
Gastroenteritis	10
Gastritis mit Verdacht auf Ulkus	4
Magen-Darm-Krämpfe (Abklärung)	1
Ulkus penetrans	1
Appendizitis	1

3) Infektionen und andere Entzündungen außer 1) und 2)

Diagnose	Häufigkeit
Zystitis	5
Zystitis mit Adnexitis	1
Pyelonephritis	4
Parotitis	2
Herpes Zoster	3
Otitis media	4
Lymphadenitis	2
infizierter Bienenstich	1
Strumitis	1

4) Erkrankungen des Bewegungsapparates

Diagnose	Häufigkeit
Frakturen	4
Kontusion	1
Schnittwunden	3
Lumbago	13
LWS-Syndrom	3
BWS-Syndrom	1
Kreuzschmerzen (Abklärung)	1
akutes Schulterarmsyndrom	1
HWS-Schleudertrauma	1

5) Herz- und Kreislauferkrankungen

Diagnose	Häufigkeit
Schwindel bei Hypotonie	3
Kopfschmerzen bei Hypertonie	1
Kreislaufdysregulation mit Hypertonie	8
Herzinsuffizienz	5
dekompensierte Herzinsuffizienz bei Adipositas	1

6) psychische Störungen

Diagnose	Häufigkeit
nervöser Zusammenbruch	4
larvierte Depression	2
ängstliche Verstimmung	2
psychovegetativer Erschöpfungszustand	1

7) Sonstige Erkrankungen

Diagnose	Häufigkeit
Neuritis	4
Kopfschmerzen (migräneartig)	3
Tetanie	1
Allergie	2
Zustand nach Zahnextraktion	1
Atemnot, Tracheaeinengung durch Struma nodosa	1
Erbrechen und Kopfschmerzen (Abklärung)	1

Bei 14 Krankheitsbildern wurde wegen unklarer Diagnose der Ausdruck "Verdacht auf" gewählt. In vier Fällen wurden die Beschwerden des Patienten beschrieben und mit dem Vermerk "Abklärung" als Diagnose verwendet.

9. Häufigkeit der einzelnen Diagnosegruppen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Wie Tabelle 6 zeigt, dauerte die Arbeitsunfähigkeit bei 44 von 60 Patienten, die an einem grippalen Infekt oder Infektionen der Luftwege erkrankt waren, nicht länger als eine Woche. Ähnlich war die Verteilung bei sonstigen Infekten und Entzündungen. Bei den restlichen Krankheiten waren die Patienten häufiger bis zu zwei Wochen oder länger erkrankt.

10. "Problem Diagnosen"

Bei der Besprechung mit der Ärztin über die Patienten, die während des Quartals IV/76 arbeitsunfähig geschrieben wurden, waren 26 Fälle für die anfangs gestellten Fragen von besonderer Bedeutung. Zur einfacheren Darstellung werden diese Diagnosen im Folgenden "Problem Diagnosen" genannt im Unterschied zu den übrigen, bei denen die Diagnosestellung keine Besonderheiten zeigte.

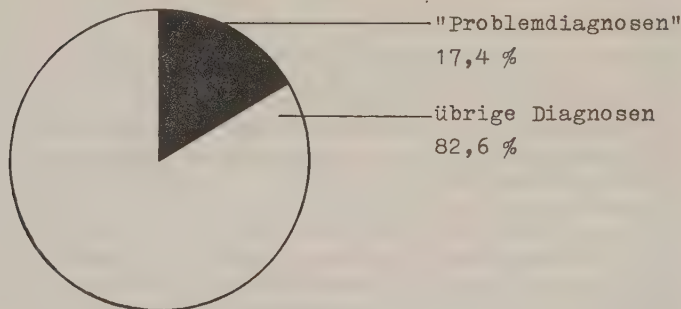


ABBILDUNG 7 : Prozentuale Häufigkeit von "Problem Diagnosen" und übrigen Diagnosen im Quartal IV/76 (Gesamtzahl der Diagnosen 149 $\hat{=}$ 100 %)

Diese 26 Diagnosen und Befunde möchte ich in folgendem näher darlegen:

- 10.1. Die vier unklaren Fälle, bei denen unter Diagnose zusätzlich "Abklärung" stand, konnten zum Teil geklärt werden.

Diagnose	Ergebnisse der weiteren Untersuchungen
Kreuzschmerzen, Abklärung	19-jähriger (!) Maler gibt an, daß die Schmerzen berufsbedingt wären, hat aber nur geringe Wirbelsäulenveränderungen; weitere Untersuchungen ergeben, daß er zum wiederholten Male unentschuldigt am Arbeitsplatz fehlt und ihm deshalb Kündigung durch den Arbeitgeber droht.

Kreislaufdysregulation Verdacht auf Tetanie, Abklärung	26-jähriger Patient wurde in eine Klinik überwiesen, nach acht Wochen noch kein Bericht.
Magen-Darm-Krämpfe, Abklärung	23-jährige Patientin versteht sich mit dem neuen Arbeit- geber nicht. Weiterer Ver- lauf unbekannt, da die Patientin der Behandlung fernblieb.
Erbrechen und Kopf- schmerzen, Abklärung	19-jähriger Patient, auch durch fachärztliche Unter- suchung konnte keine orga- nische Ursache gefunden werden.

Alle anderen Fälle, bei denen der Verdacht auf eine bestimmte Krankheit bestand, konnten durch ergänzen-
de fachärztliche Untersuchung oder in der Allgemein-
praxis abgeklärt werden. Patienten, die über Magen-
und Darm-Beschwerden klagten, wurden je nach Schwere
des Krankheitsbildes sofort oder bei weiterem Be-
stehen der Beschwerden zum Internisten überwiesen.
Die Ergebnisse der fachärztlichen Untersuchungen sind
wegen fehlender Berichte nur zum Teil bekannt.

10.2. Bei drei Patienten wurde bewußt eine falsche Diagnose
gestellt.

Diagnose	Hintergründe
Gastroenteritis	32-jähriger Patient ist aus- ländischer Arbeitnehmer; da seine Frau erkrankt ist, muß er die Familie versorgen.

Magen-Darm-Spasmen,
Diarrhoe

39-jähriger Patient leidet seit längerem an Schizophrenie; er hat eine neue Arbeitsstelle angetreten, sagt aber, er könne nicht arbeiten. Da er bei einer Ersatzkasse versichert ist, bekommt er das Formular 1 b der AU-Bescheinigung, auf dem die Diagnose steht, ausgehändigt. Seine Krankheit hätte sich wieder verschlimmert, wenn er "Schizophrenie" als Diagnose gelesen hätte. Der erneute Arbeitsversuch wäre dann von vorneherein zum Scheitern verurteilt gewesen.

Gastritis

Patient möchte mit seiner kranken Freundin nach Hause fahren.

Bei diesen drei Patienten ist zu berücksichtigen, daß die Ärztin die privaten und beruflichen Verhältnisse sehr gut kennt.

10.3. .Bei neun Patienten bestimmten in erster Linie Spannungen oder Belastungen am Arbeitsplatz das Krankheitsbild.

Diagnose

Störungen am Arbeitsplatz

Psychovegetativer

Erschöpfungszustand,
Schwindel und Schweiß-
ausbrüche bei Hypo-
tonie

63-jähriger Patient, Überforderung durch Berufswechsel;

akuter Lumbago

28-jähriger Patient muß schwer heben; geht aus Ehrgeiz trotz Beschwerden zur Arbeit.

nervöse Gastritis

Beschwerden traten während der Lehrzeit auf; 18-jähriger Patient arbeitet seit der Gesellenprüfung wieder im elterlichen Betrieb; er klagt jetzt über keine Beschwerden mehr.

Gastroenteritis	Mutter der 23-jährigen Patientin depressiv und Trinkerin; Patientin versteht sich nach dem Tod des alten Chefs mit dem neuen nicht.
Gastritis	20-jährige Patientin arbeitet als Näherin in der Modebranche; fühlt sich ausgenutzt, ist auf vielen Messen und Ausstellungen, wo viel getrunken und geraucht wird. Nach Meinung der Ärztin Opfer des Berufs,
nervöser Zusammenbruch, Kreislaufkollaps	42-jährige Patientin ist überarbeitet; soll im Betrieb zurückgestuft worden sein; fürchtet um den Arbeitsplatz;
akute Gastritis	23-jähriger Verkäufer, überlastet durch das Weihnachtsgeschäft;
Kopfschmerzen bei Hypertonie	18-jähriger Patient ist als Lehrlingsvertreter im Betriebsrat zusätzlich sehr viel beschäftigt.

10.4. Bei fünf Patienten führten familiäre Schwierigkeiten zur ärztlichen Behandlung.

Diagnose	Familiäre Störungen
endogene Depression, Kreislaufbeschwerden bei erhöhtem Blutdruck	29-jährige Patientin ist neurotisch; kommt meist wegen organischer Störungen (erniedrigte Blutzuckerwerte, Hypertonie) in die Sprechstunde; klagt aber vor allem darüber, daß sie von ihrem Ehemann gefangen gehalten werde; wird inzwischen mit ihrem Ehemann vom Psychiater behandelt.

Kreislaufbeschwerden, 26-jähriger Patient spielt als Schwindel; kollaptische Zustände Musiker während der Nacht in Lokalen; trinkt und ißt sehr viel, läßt sich gehen; jetzt wesentliche Besserung, seit er weiß, daß seine Leber schon sehr geschädigt ist.

Atemnot, Kopfdruck bei erneuter ängstlicher Verstimmung 26-jährige Patientin klagt über Globusgefühl; vergeblicher Kinderwunsch; Schwierigkeiten in der Ehe, da vor allem ihr Mann ein Kind wünscht.

Gastritis, nervöses Erbrechen, Magenbeschwerden 28-jährige Patientin ist völlig verzweifelt, da ihr Mann keine Anstellung bekommen hat; außerdem glaubt sie, daß ihr Mann sie betrogen habe und gar keine Ausbildung habe.

nervöser Zusammenbruch 42-jährige Patientin hat starke Schuldgefühle, nachdem ihr Mann einen Selbstmordversuch unternommen hat.

- 10.5. Drei Patienten wollten arbeitsunfähig geschrieben werden, obwohl sie nur geringe Krankheitssymptome hatten. Eine Simulation konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden.

Diagnose	vorgebrachte Beschwerden
Kreuzschmerzen, Abklärung	19-jähriger Patient; nur geringe Steilstellung der HWS und Skoliose der Wirbelsäule; durch den Orthopäden werden keine weiteren Veränderungen nachgewiesen.
Kreislaufdysregulation	24-jährige Patientin gibt Schwindel und Übelkeit an; hat keine Hypotonie, fühlt sich schwach nach angeblicher Hungerkur.

Zustand nach Brust-
korporellung

32-jähriger Patient glaubt,
den Anforderungen als Fahrlehrer
nach einem Autounfall noch nicht
gewachsen zu sein.

(Später stellte sich heraus, daß
ihm die Kündigung des Arbeits-
platzes drohte).

- 10.6. Bei zwei Patienten konnten keine Ursachen der Krankheit
gefunden werden.

Diagnose

Untersuchungsergebnisse

Verdacht auf
larvierte Depression,
neuralgische Schmer-
zen, Trigemini II und
III

41-jährige Patientin ist unzu-
gänglich und macht einen sehr un-
glücklichen Eindruck; will nur
zum Internisten, nicht aber zum
Psychiater überwiesen werden.

grippaler Infekt,
Kreislaufkollaps

32-jährige Patientin erholt sich
von Erkältungen, grippalen Infek-
ten und ähnlichen Krankheiten nur
sehr langsam; läßt sich von der
Mutter gesundpflegen; hat noch
sehr starke Bindungen zu den
Eltern; die Ärztin möchte, daß
sie zum Vertrauensarzt vorgeladen
wird.

Auch bei anderen Patienten bestimmten oft psychosoziale
Faktoren das Krankheitsbild mit. Wegen der kurzen Be-
handlungsdauer oder der geringen Beschwerden konnten
Hintergründe der Krankheit meist nicht aufgezeigt wer-
den.

VII DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In meiner Untersuchung habe ich bei 146 Patienten 26 Fälle näher untersucht, da sie ein Krankheitsbild boten, das für die anfangs gestellten Fragen von besonderer Bedeutung war.

Dabei ergaben sich folgende Gesichtspunkte:

1. Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arzt

V. FERBER (2) stellt in seiner Analyse fest, daß bei sechs % der untersuchten Patienten "Beschwerden ohne Befund" vorlagen. In der untersuchten Praxis waren AU-Bescheinigungen mit falscher Diagnose die große Ausnahme (bei drei von 146 Patienten).

Die Ärztin versuchte, wenn es ihrer Meinung nach für die Patienten von Nutzen war und diese einverstanden waren, mit dem Arbeitgeber Kontakt aufzunehmen, um die Verhältnisse am Arbeitsplatz berücksichtigen zu können. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die neun Patienten, bei denen sich Belastungen und Spannungen am Arbeitsplatz auf die Krankheit auswirkten, nicht besser behandelt werden könnten, wenn auf diese krankmachenden Faktoren durch den Arzt Einfluß genommen werden könnte.

2. Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenkassen

Der Vertrauensarzt schaltete sich während des Quartals IV/76 nicht ein. In einem Falle wäre es von der Ärztin erwünscht gewesen, da die Patientin organisch gesund war, aber sich einbildete, nicht arbeiten zu können.

Auch früher wurden Patienten der Praxis nur in seltenen Fällen und nach Meinung der Ärztin nicht unberechtigt zum Vertrauensarzt vorgeladen. Sie hält es für gut, wenn sich im Interesse des Patienten der Vertrauensarzt öfter einschaltet, um weitere Maßnahmen zur Therapie einleiten zu können. Die Richtlinien der Krankenkassen hatten auf die Diagnosestellung keinen Einfluß.

3. Diagnosestellung auf den AU-Bescheinigungen und fachärztliche Abklärung

Der Allgemeinarzt muß am selben Tag, an dem der Patient arbeitsunfähig ist, seine Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit eines Patienten mit einer Diagnose begründen. Nach Auskunft der Ärztin ist es sehr langwierig, wenn nicht unmöglich, die Facharzt diagnose abzuwarten. In vielen Fällen wurde auch nach Wochen noch kein Bericht an den überweisenden Arzt zurückgesandt.

Ich möchte hierfür einen Patienten mit Kreislaufdysregulation und Verdacht auf Hyperthyreose als Beispiel anführen: Acht Wochen nach Überweisung war in diesem Fall noch kein Bericht eingetroffen. Der Allgemeinarzt muß aber trotzdem über die Arbeitsfähigkeit des Patienten entscheiden.

4. Beurteilung der psychosozialen Faktoren durch den Allgemeinarzt

Eine wichtige Voraussetzung für die Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren ist, daß der Arzt die Verhältnisse des Patienten in seiner Familie und seinem Beruf und auch seine sonstige Umgebung kennt.

Die Ärztin, in deren Praxis ich die Untersuchung durchgeführt habe, legt großen Wert auf die Erhebung der "Sozialanamnese". Sie verwendet für einen Patienten, der zum erstenmal in ihre Sprechstunde kommt, bis zu 45 Minuten für die Untersuchung und das Gespräch. Für die übrigen Patienten liegt der Durchschnitt bei 10 bis 15 Minuten.

Die Hausbesuche (sechs bis neun pro Woche) machen es in vielen Fällen erst möglich, psychosoziale Ursachen einer Krankheit zu erfahren.

Nach Meinung der Ärztin ist es aber sehr schwierig, klare Aussagen über diese krankmachenden Faktoren zu machen, weil als Diagnose "Termini aus der ärztlichen Symptomatik" verwendet werden.

5. Meinung der Ärztin zur Problematik der AU-Bescheinigung

Auf die Frage nach den Vor- und Nachteilen der derzeitigen Methode der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vertrat die Ärztin folgende Meinung:

- a) Krankheiten, die ein bis zwei Wochen dauerten, z.B. Gastritis, grippaler Infekt, wird das derzeitige System gerecht.
- b) Bei chronischen Krankheiten wäre es aber besser, vom "Alles-oder-Nichts-Prinzip" abzugehen. Sie stimmt mit WATERSTADT (10) und BRANDLMEIER (9) überein, man solle berücksichtigen, daß ein Arbeitnehmer, z.B. mit einer chronischen nicht-infektiösen Hepatitis oder einer Psoriasis teilarbeitsfähig ist. Der "Patient" müsse die Möglichkeit haben, einer Arbeit nachzugehen, die seinem Gesundheitszustand entspreche, bis er wieder voll arbeitsfähig sei. Ein schwieriges Problem ist es, einen Patienten zu überzeugen, daß er wegen einer Krankheit seiner gewohnten Arbeit nicht mehr nachgehen könne.

In einem Falle litt ein Patient an cerebralen Durchblutungsstörungen. Obwohl die Ärztin darauf drängte, ihn in den Ruhestand zu versetzen, dauerte es von Juli bis November, bis ihm die Fahrerlaubnis als Busfahrer durch die zuständige Behörde entzogen wurde.

Andere Patienten wurden deshalb "arbeitsunfähig geschrieben", weil die Entscheidung über ihren Rentenantrag zu lange dauerte. Eine weitere berufliche Belastung hätte aber den Gesundheitszustand der Patienten wesentlich verschlechtert. Es müßte daher bei chronischen Krankheiten ein anderes System für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit angewandt werden.

VIII ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit untersucht den Aussagewert und die Hintergründe der Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die während eines Quartals in einer Allgemeinpraxis ausgestellt wurden.

Dabei wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Die Ärztin mußte beim ersten Arzt-Patient-Kontakt ihre Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit des Patienten mit einer Diagnose begründen, auch wenn das Krankheitsbild noch nicht abgeklärt war. Bei der Zusammenarbeit mit den Fachärzten blieb die erbetene Benachrichtigung der Ärztin über die Ergebnisse der Untersuchung in vielen Fällen aus.

Nur durch genaue Kenntnis von Familie, Beruf und Umwelt des Patienten konnte die Ärztin psychosoziale Ursachen einer Krankheit berücksichtigen.

Als Begründung der Arbeitsunfähigkeit wurde nur bei drei von 146 Patienten bewußt eine falsche Diagnose gewählt.

Die Richtlinien und Vorschriften der Krankenkassen behinderten die Ärztin nicht in ihrer Diagnosestellung für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Das derzeitige System für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wird den Anforderungen gerecht, wenn es sich um Krankheiten von kurzer Dauer handelt.

Bei chronischen Krankheiten würde sich eine Abstufung der Arbeitsunfähigkeit auf den Krankheitsverlauf günstig auswirken.

.VIII SUMMARY

The present study is concerned with the validity and the background of diagnosis on attestation of temporary disablement, given in a general practice during one quarter of a year.

The following results could be obtained:

The doctor had to justify her decision on a patient's fitness for work by means of a diagnosis even before the aspects of the disease had been clarified.

In cases of cooperation with specialists it often used to happen that the doctor was not informed about the results of the specialist's examination.

It was only by a thorough knowledge of the family, occupation and environment of the patient that the doctor could take into consideration the psychosocial background of a disease.

Only in three out of 146 patients the diagnosis chosen for attesting temporary disablement was wrong on purpose.

The guide-lines and directions of the health insurances did not impede the doctor in her diagnosis on temporary disablement.

The current system of judging temporary disablement does meet the requirements in the case of short term diseases.

Concerning chronic illness a graduation of the temporary disablement would result in a more favourable course of the disease.

IX LITERATURVERZEICHNIS

- 1 AOK-Statistik Allgemeine Ortskrankenkasse
München (unveröffentlicht)

- 2 v. FERBER, CHR., Aussagefähigkeit der kassen-
v. FERBER, L., ärztlichen Begründungen der
KOHLHAUSEN, K., Arbeitsunfähigkeit für die
SILOMON, H.: Analyse von Krankenständen
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin,
Arbeitshygiene Heft 1/72
Gentner, Stuttgart

- 3 HÄUSSLER, S.: Das banale Problem: "Die Krank-
schreibung"
Monatskurse für die ärztliche
Fortbildung 26 (1976) Nr.1

- 4 ZÖLLNER, N., Die Allgemeinpraxis
HÄUSSLER, S., Springer, Berlin 1974
BRANDLMEIER, P.,
KORFMACHER, J.:

- 5 PILLAU, H.: Erkrankungsrisiko und soziale
Umwelt
Vortrag auf dem Seminarkongreß
der Bundesärztekammer in Grado
1976
Sonderdruck

- 6 PILLAU, H.: Diagnosestatistiken aus der
Praxis und ihre Bedeutung für
die Allgemeinmedizin
(im Druck)

- 7 SLUKA, L., Kassenärztliches Praxislexikon
ULBRICH, E., Zauner, Juni 1973
SCHMIDT, S.,
MUNDENBRUCH, R.:

- 8 HAMM, H.: Allgemeinmedizin
Thieme, Stuttgart 1975
- 9 ZÖLLNER, N., Hausärztliche Versorgung
HÄUSSLER, S., Springer, Berlin 1974
BRANDLMEIER, P.,
KORFMACHER, J.:
- 10 WATERSTADT, K.: Über "Krankschreiben und
Gesundschreiben"
Zeitschrift für Allgemein-
medizin Heft 2/1975
- 11 Bundesmantelvertrag Stand 1.1.1975 zwischen der
Ärzte Kassenärztlichen Bundesver-
einigung und den Bundesver-
bänden der RVO-Kassen über
den allgemeinen Inhalt der
Gesamtverträge
- 12 KELLNER, W.: Der betriebliche Kranken-
stand
Gentner, Stuttgart 1967

IX LEBENS LAUF

Am 1. Januar 1951 wurde ich in Tränk, Gemeinde Ecknach, als zweites Kind des Landwirtehepaares Ludwig und Anna Bscheider, geb. Wanner, geboren.

Mein Vater starb am 26. April 1951.

Von 1957 bis 1961 besuchte ich die Volksschule in Ecknach.

Im September 1961 trat ich in das Reuchlin-Gymnasium in Ingolstadt über, wo ich 1970 die Reifeprüfung ablegte.

Meinen Wehrdienst leistete ich von Juli 1970 bis Juni 1972 in Ingolstadt ab.

Vom Herbst 1972 an studierte ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München zwei Semester Chemie.

Seit November 1973 studiere ich an der gleichen Universität Humanmedizin.

Herrn Professor Dr. N. Zöllner bin ich
für die Überlassung der Dissertation
dankbar.

Für die freundliche Unterstützung
danke ich

Herrn Priv.Doiz. Dr. H. Pillau,

Frau Dr. A. Dörr.

